SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

DIRECCIÓN GENERAL

SECRETARIA GENERAL

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**1**
Código Centro	**101001**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**66126-039739**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELA MARIA NOCOBE TONCON	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.032.405.298	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	anocobe@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20386166928
IP/Nº de contacto:	1234	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6399905/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**458624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES: RAD. 01-9-2024-037995 APOYAR COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA GESTIÓN EN CONSULTA Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA VIGENCIA 2024				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.605.600
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 15.041.747
Valor Bruto Pago:	**$ 2.267.600,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.338.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.267.600	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.267.600**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.247.540**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACION DEL NETO A PAGAR

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**78756888-78998383**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 823.333
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 103.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 131.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 4.300
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 226.760	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 416.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 263.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.247.540,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.897.100,00	
Valor base IVA		
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	0,00	0,966%
-	18.326,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)		
VALOR A PAGAR	0,00	
	$2.249.274,00	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participación en capacitaciones semanales sobre sistemas de calidad, estándares de habilitación y procedimientos de bioseguridad y seguridad al paciente médico.

Se realizan agendamiento en sistema SMA, del médico general y del odontólogo general, además se realizan llamadas a pacientes para verificación de datos y confirmación de citas, acompañamiento de las consultas de odontología y medicina realizando desinfección entre paciente -paciente y participando de manera asistencial a los profesionales.

Se gestionan correos a Farmacia de Colsubsidio Capilla con información de formula medica y datos del paciente para enviar medicamentos formulados en Consulta virtual o presencial.

se gestionan las ordenes medicas en el aplicativo SMA, y se envían al profesional para firma y envió a pacientes.

Se registra de manera oportuna el formato de PQR, con su finalización, además de acompañamiento a la profesional de odontología guiand

N. planilla corrección 78998383

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

Angela Nocobe.

ANGELA MARIA NOCOBE TONCON
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

ALEXANDER RAMIREZ MEDINA
PROFESIONAL G01(E)

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
LUZ AMÉRICA MALAGÓN GUILLÉN
SECRETARIO GENERAL G10

31/07/24 13:55:21 USUARIO: SIC - C.C. 1032405298

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032405298	ANGELA MARIA NOCOBE TONCON	KR 29 B 0 25	2539094	angela.nocobe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
78756888	19/07/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	N	29/07/2024	78998383	$50.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	21.700	0		0		0	6	100	0	21.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	27.800	0	0	0	0	6	200	0	28.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	900				900	6	100	1.000			9	1.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	21.700	21.800
Pensión	1	27.800	28.000
Riesgos Laborales	1	900	1.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	50.400	50.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032405298	ANGELA MARIA NOCOBE TONCON		KR 29 B 0 25	2539094	angela.nocobe@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
78756888	19/07/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	N	29/07/2024	78998383	$50.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032405298	NOCOBE TONCON ANGELA MARIA	59	0			N	X																230301	823.334	131.800	0	0	0	0	EPS008	823.334	103.000	14-23	823.334	1	4.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032405298	ANGELA MARIA NOCOBE TONCON		KR 29 B 0 25	2539094	angela.nocobe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	19/07/2024	78756888	$188.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	81.300	0		0		0	0	0	0	81.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	104.000	0	0	0	0	0	0		104.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	3.400				3.400	0	0	3.400			34	3.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	81.300	81.300
Pensión	1	104.000	104.000
Riesgos Laborales	1	3.400	3.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	188.700	188.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032405298	ANGELA MARIA NOCOBE TONCON		KR 29 B 0 25	2539094	angela.nocobe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	19/07/2024	78756888	$188.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032405298	NOCOBE TONCON ANGELA MARIA	59	0			N	X																230301	650.000	104.000	0	0	0	0	EPS008	650.000	81.300	14-23	650.000	1	3.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO DE CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá D.C. 25 de julio de 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA

Asunto: Información de dependientes para efectos del uso del beneficiario tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de los previsto por el parágrafo segundo del Artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el Artículo15 de la Ley 1607 de 2012 y el Parágrafo cuarto del Artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	1013131799	JUAN ESTEBAN CUADRADO NOCOBE	Hijo
NIUP	1023168469	SHALOM CUADRADO NOCOBE	Hija

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

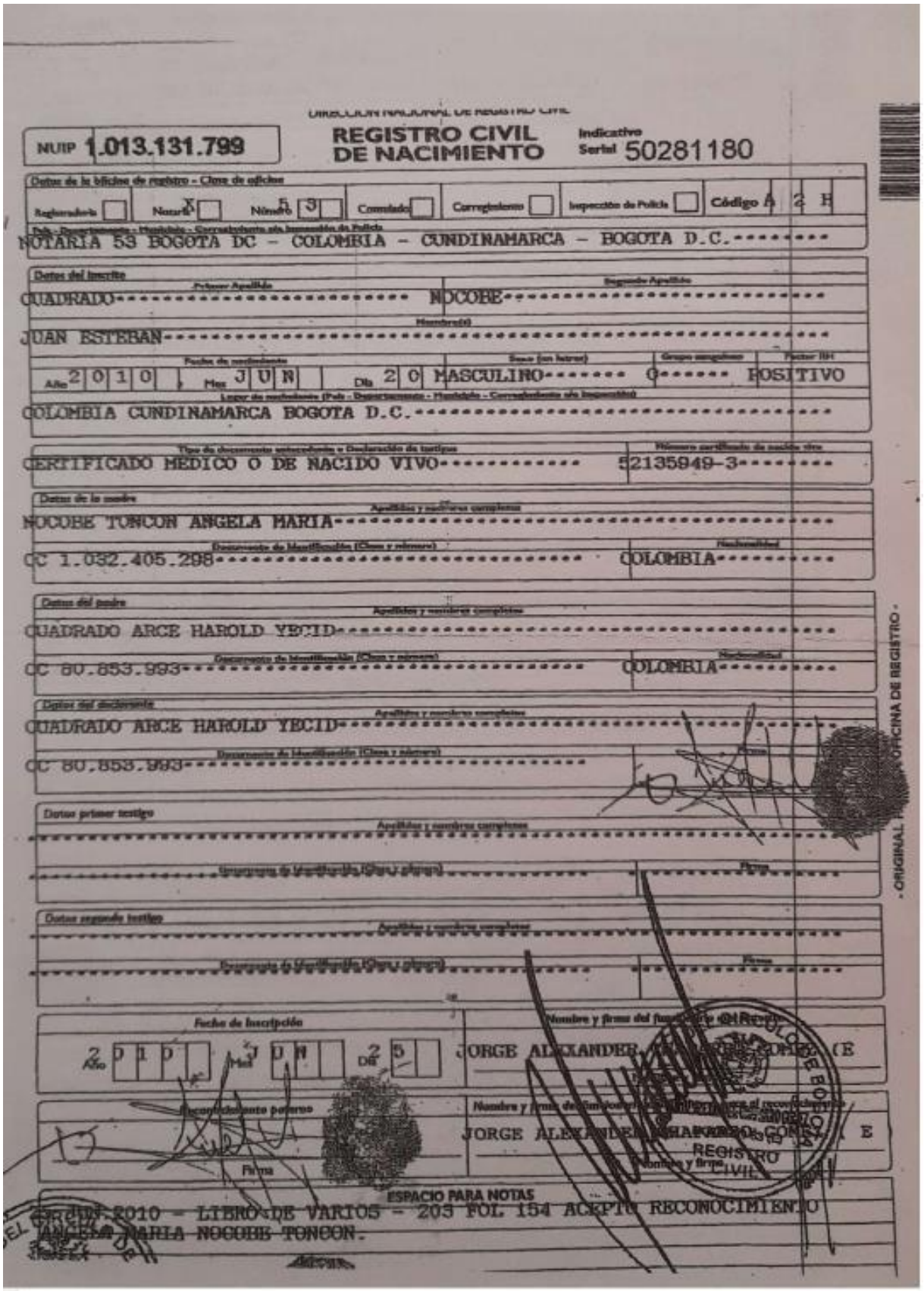
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad citada.

Igualmente, con mi firma declaro que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionada.
Cordialmente,

Angela Nocobe.

Angela María Nocobe Toncon
Contratista SENA

CC1.032.405.298 de Bogotá



DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.013.131.799

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50281180

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 53 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 2 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

NOTARIA 53 BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: CUADRADO — Segundo Apellido: NOCOBE

Nombre(s): JUAN ESTEBAN

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes JUN Día 20 — Sexo (en letras): MASCULINO — Grupo sanguíneo: O — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO — Número certificado de nacido vivo: 52135949-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: NOCOBE TONCON ANGELA MARIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.032.405.298 — Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CUADRADO ARCE HAROLD YECID

Documento de identificación (Clase y número): CC 80.853.993 — Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CUADRADO ARCE HAROLD YECID

Documento de identificación (Clase y número): CC 80.853.993 — Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma

Fecha de inscripción: Año 2010 Mes JUN Día 25

Nombre y firma del funcionario: JORGE ALEXANDER [illegible] (E

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario: JORGE ALEXANDER [illegible] GONZALEZ (E

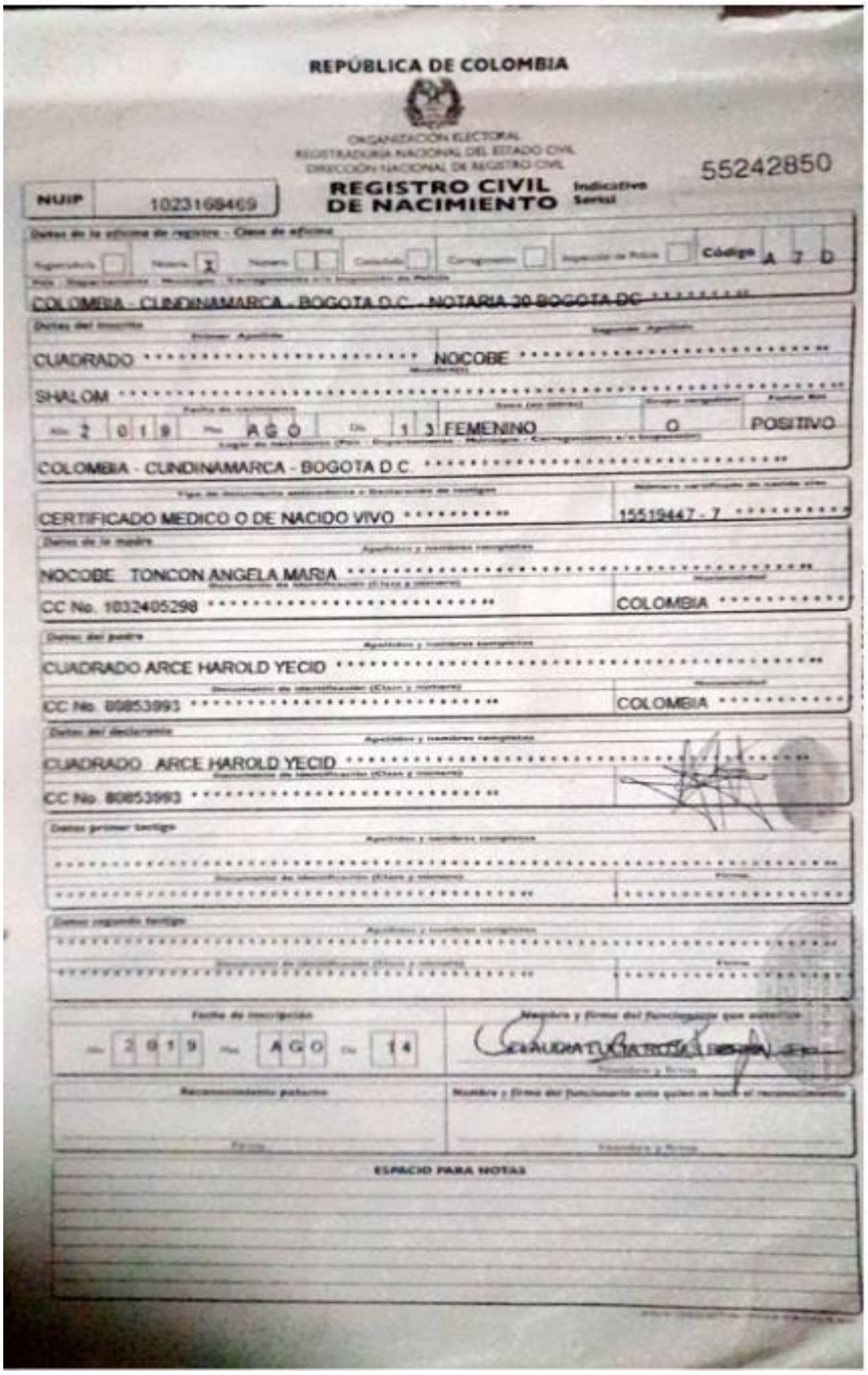
Firma

REGISTRO CIVIL

ESPACIO PARA NOTAS

EL 25-06-2010 - LIBRO DE VARIOS - 203 FOL. 154 ACEPTO RECONOCIMIENTO ANGELA MARIA NOCOBE TONCON.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

55242850

NUIP 1023168469

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Código A 7 D

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 30 BOGOTA DC

Datos del inscrito

CUADRADO NOCOBE

SHALOM

Fecha de nacimiento: Año 2019 Mes AGO Día 13 Sexo (en letras): FEMENINO Grupo sanguíneo: O Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o c/a Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 15519447 - 7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

NOCOBE TONCON ANGELA MARIA

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

CC No. 1032405298 | COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CUADRADO ARCE HAROLD YECID

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

CC No. 80853993 | COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CUADRADO ARCE HAROLD YECID

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 80853993

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Fecha de inscripción: Año 2019 Mes AGO Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma | Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS